

Kontroll av läckage av komprimerade medicinska gaser nedströms sektionsavstängningsventiler eller linjeregulatorer

Sjukhus: _____ Dragningschema: _____

Härmed intygas att kontroll av läckage enligt C.3.1.4 och C.3.1.6 har utförts på följande rörledningssystem efter försegling av rördragning.

Medicinsk gas	Provad sektion	Antal tim provning	Provtryck (bar)	Tryckfall Δp (bar)	Start temp. (°C)	Slut temp. (°C)	Tryckfall beroende på temp. (bar)	Godkänd / Ej Godkänd $\Delta p \leq 0,4\%/h$ or $\leq 0,6\%/h^a$

^a Kontrollera att tryckfallet i varje provad sektion inte överstiger 0,4 % om flexibla slangkopplingar inte ingår eller 0,6 % om flexibla slangkopplingar ingår i den medicinska gasförsörjningsenheten.

Använt kontrollinstrument: _____

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____